

ÉCONOMIE ET SANTÉ PUBLIQUE

L'APPRENTISSAGE DE LA RARETÉ

Les choix en matière de politique de santé peuvent-ils être éclairés par l'analyse économique ?

Jean-Paul Moatti

Professeur d'économie, directeur de l'unité mixte de recherches Inserm U912-IRD-université de la Méditerranée SE4S (sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés), université Aix-Marseille, 13006 Marseille.
jean-paul.moatti@inserm.fr

En France, la dépense courante de santé* continue de croître à un rythme plus rapide que celui de l'ensemble de la richesse nationale. Elle a atteint 215 milliards d'euros, soit 11 % du produit intérieur brut (PIB) en 2008, ce qui place la France dans le groupe de tête des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), derrière les États-Unis et à un niveau proche de la Suisse et de l'Allemagne.¹ En soi, ce fait est plutôt synonyme d'une branche économique dynamique : l'informatique et les loisirs, par exemple, voient aussi leur part s'accroître dans le budget des ménages et dans le PIB. Ce qui explique les politiques de « maîtrise des dépenses de santé » des gouvernements successifs c'est qu'à la différence de la plupart des autres consommations, la demande de biens et services médicaux est aux trois quarts financée par des mécanismes collectifs de prélèvements obligatoires, fondés dans notre pays sur les cotisations sociales. Là encore, il y a de bonnes raisons pour qu'existe une couverture d'assurance-maladie universelle et obligatoire, au point que les rares pays développés, tels les États-Unis, qui n'en sont pas encore dotés envisagent désormais de le faire. Sans un tel mécanisme, l'assurance maladie serait livrée au jeu du marché, qui conduit inéluctablement à pratiquer « l'écémage des risques », les assureurs privés s'efforçant d'attirer les

personnes à faible risque et d'exclure celles qui ont un risque élevé et qui sont donc les plus coûteuses à assurer. L'équité d'accès aux soins (à pathologie identique, traitement égal de tous) ne pourrait plus être garantie.²

Malheureusement, notre société a un double prix à payer pour cette nécessaire équité. D'une part, le déficit annuel des régimes obligatoires de Sécurité sociale, auquel la branche maladie contribue pour un peu moins de la moitié, est resté constamment supérieur à 10 milliards d'euros depuis 2003, ce qui handicape la croissance d'ensemble de l'économie. D'autre part, les risques de mauvais usage des ressources sont inévitablement exacerbés dans tout secteur d'activité, comme la santé, dont la régulation échappe pour une large partie au marché. Dans un tel secteur, le calcul économique formalisé, dont l'outil de référence est l'analyse coût-bénéfice, permet de comparer des usages alternatifs des ressources et d'identifier les stratégies qui maximisent le « surplus social net », c'est-à-dire la différence entre les coûts et les avantages totaux pour la collectivité, ces coûts et ces avantages étant exprimés en valeurs monétaires.

Pour contourner la monétarisation du bénéfice sanitaire, qui suscite souvent des contestations « éthiques », les analyses le plus fréquemment utilisées sont dites « coût-efficacité »**, car elles rapportent les ressources consommées à un indica-

teur sanitaire de résultat (p. ex. QALY***, année de vie gagnée ajustée sur la qualité). Dans certains cas, ces analyses permettent de trancher facilement. Une innovation qui implique des surcoûts nets, mais qui améliore l'indicateur de résultat sanitaire dans des proportions plus importantes encore, peut être considérée plus « coût-efficace ». C'est le cas de la plupart des vaccinations ou de certains dépistages. Mais le plus souvent, du fait de la loi des rendements décroissants qui caractérisent la plupart des progrès biomédicaux,³ les résultats de ces analyses correspondent à une situation différente où l'innovation médicale permet certes une amélioration de l'efficacité, mais dans des proportions moindres que les surcoûts d'investissement et de fonctionnement qu'elle nécessite. Ainsi, la totalité des médicaments nouveaux de chimiothérapie des cancers qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché dans l'Union européenne depuis 1996 permettent des progrès, mais s'accompagnent d'une détérioration du ratio coût-efficacité des soins : le bénéfice absolu en termes de survie sans rechute de cancer augmente, mais il faut consacrer plus de ressources additionnelles pour obtenir un QALY supplémentaire dans la population traitée.⁴

Un point de vue rigide conduirait à proposer un ratio unique fixant un seuil monétaire indépassable, et à prôner une politique de santé qui tendrait vers l'égalisation du coût marginal par QALY gagné



FOTOLIA

* La dépense courante de santé correspond à la consommation de soins et de biens médicaux, qui en France en représente les quatre cinquièmes, à laquelle s'ajoutent les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système.

** L'analyse coût-bénéfice est l'outil classique en économie qui permet de déterminer si un investissement public (p. ex. un projet d'infrastructure) est « rentable » pour la collectivité. C'est le cas si la différence entre l'ensemble des bénéfices qu'il permet pour tous les agents économiques concernés et les coûts totaux qu'il implique dégage « un surplus social net ». Si plusieurs projets sont en compétition, il est rationnel de sélectionner celui qui dégage le surplus le plus élevé. En théorie, l'ensemble des bénéfices et des coûts doivent être pris en compte (p. ex. non seulement les coûts directs pour le système de santé de la prise en charge d'une maladie mais aussi ces coûts indirects, c'est-à-dire les pertes de production entraînées par la morbidité et la mortalité prématurée qui lui sont associées, et même les coûts non monétaires comme la souffrance ou la douleur...). En pratique, il n'est évidemment pas toujours possible, ni même souhaitable, de quantifier de façon exhaustive tous ces paramètres. Il faut concevoir cet outil comme une façon de clarifier les choix sociaux impliqués par des investissements alternatifs utilisant des ressources par essence limitées.

*** Le QALY est un indicateur à deux dimensions qui combine la durée de vie (une année de vie supplémentaire gagnée) avec une pondération relative de la qualité de vie associée à l'état de santé dans lequel se trouve l'individu au cours de cette période. Cette qualité de vie est elle-même bidimensionnelle (une dimension de santé physique et une de santé mentale). L'indicateur est normé sur la valeur 1 (une année en parfaite forme physique et mentale) et les pondérations associées aux autres états sont censées révéler les préférences des personnes concernées ou de la population générale : p. ex. une année avec un fort handicap physique (ne pouvoir se déplacer qu'en fauteuil roulant) et une anxiété modérée pourra être « valorisée » à 0,6. Dans la grille de pondération la plus diffusée, certains états de handicap physique et mental graves ont des valeurs négatives, c'est-à-dire sont considérés comme « pires que la mort ».

dans tous les secteurs de l'action sanitaire. Une telle démarche est, en effet, la seule façon de garantir arithmétiquement que l'enveloppe budgétaire fixée produira le maximum de résultat sanitaire à l'échelle de la population. Si la prévention du tabagisme par le médecin généraliste « produit » des années de vie dans leur clientèle pour des coûts faibles (de l'ordre de 500 € par QALY) alors que les thérapies anticancéreuses correspondent à des coûts de l'ordre de 20 000 à 50 000 € par QALY, il faudrait donner la priorité à la première jusqu'au moment où ses rendements décroissant (p. ex. parce que certains fumeurs sont imperméables à l'intervention de leur médecin traitant ou ne fréquentent pas de généraliste) finissent par lui faire atteindre un coût par QALY proche de celui des traitements du cancer. En Grande-Bretagne, le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), instance indépendante chargée de conseiller le gouvernement sur les conditions de prise en charge des innovations médicales, rôle désormais dévolu en France à la Haute Autorité de santé (HAS), s'est vu reprocher de fixer de fait un seuil de l'ordre de 23 000 à 34 000 € par QALY au-delà duquel elle rejeterait systématiquement la prise en charge par le *National Health Service* (NHS).⁵ En France, la HAS n'a pour l'instant pas adopté de position de principe sur la façon d'utiliser les évaluations économiques dans l'élaboration de

ses recommandations aux pouvoirs publics. De son côté, l'Organisation mondiale de la santé conseille de considérer comme coût-efficace, et donc économiquement justifiée, toute intervention dont le coût marginal par année de vie gagnée ne dépasse pas 3 fois le PIB par tête (ce qui dans la France de 2010 fixerait un seuil autour de 100 000 €).⁶

Les analyses économiques, même si elles suscitent parfois l'incompréhension des cliniciens ou des épidémiologistes, peuvent justement contribuer à clarifier les arbitrages sous-jacents à tel ou tel choix, depuis le niveau le plus macroéconomique des politiques sanitaires jusqu'à celui de la décision clinique individuelle.⁷ Contrairement à une idée reçue, l'économie de la santé peut avoir du bon : aider à réconcilier médecine clinique et santé publique. •

RÉFÉRENCES

1. Fenina A, Le Garrec MA, Duee M. Les comptes nationaux de la santé en 2008. *Études & Résultats* 2009;701:1-4.
2. Barnay B, Bejean S. Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. *Revue Économique* 2009;60:233-7.
3. Acemoglu D, Finkelstein D. Input and technology choices in regulated industries: evidence from the health care sector. *Journal of Political Economy* 2008;116:837-80.
4. Marino P. Measuring the cost of chemotherapy is important, but it is not enough. *Ann Oncol* 2008;19:409-10.
5. Appleby J, Devlin N, Parkin D. NICE's cost effectiveness threshold. *BMJ* 2007;335:358-9.
6. Hutubessy RC, Baltussen RM, Torres-Edejer TT, Evans DB, WHO-CHOICE working group. WHO-CHOICE: choosing interventions that are cost-effective. In: Murray CJL, Evans DB (eds), *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO, 2003.
7. Moatti JP. Ethical issues in the economic assessment of health care technologies. *Health Care Analysis* 1999;7:153-65.